

## مقاله اصیل

## راه حل تعارض منافع و مصادیق آن در آموزش و درمان

مجتبی پارسا<sup>۱\*</sup>، حمیدرضا نمازی<sup>۱</sup>، باقر لاریجانی<sup>۲،۳</sup>

۱. گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۹، پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱/۲۳

## چکیده

موضوع تعارض منافع در متون پزشکی از دهه ۱۹۸۰ مورد توجه جدی قرار گرفته است. تعارض منافع شامل یک سری از حالاتی می شود که در آن اعمال و یا قضاوت حرفه ای راجع به یک منفعت اصلی (مانند رفاه بیمار یا اعتبار یک تحقیق) بی جهت و ناروا تحت تاثیر یک منفعت فرعی (مانند بهره مالی) قرار می گیرد. طیف وسیعی از تعارضات که پزشکان، محققان پزشکی و موسسات پزشکی را درگیر می کند ذکر شده است. راهکارهای متعددی نیز برای حل تعارض منافع در دسترس است که مهمترین آنها استفاده از کدهای اخلاقی، ممنوعیت و در نهایت آشکارسازی که قاعده طلایی در حل تعارض منافع است می باشد. امروزه دانش پزشکی برای پیشرفت در عرصه های مختلف اعم از آموزش، پژوهش و درمان نیاز به سرمایه گذاری صنعت پزشکی دارد. از طرفی شیوه های کسب درآمد پزشکان نیز دچار تغییرات ساختاری و بعضاً پیچیده ای گردیده است. به علاوه صنعت پزشکی اعم از تولید کننده و وارد کننده و نیز بسیاری از پزشکان با موضوع جدی تعارض منافع آشنایی چندانی ندارند. لذا برای حفظ شان و جایگاه پزشکان، اتخاذ روش ها و رویکردهایی که بتواند تا حدودی معضل تعارض منافع را حل نماید ضروری به نظر می رسد. در کشور ما هم در ارتباطات بسیاری از پزشکان با بیماران و یا موسسات صنعتی پزشکی این معضل دیده می شود. لذا تدوین مقررات و دستورالعمل های اخلاقی برای کنترل تعارض منافع در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

**کلید واژه ها:** تعارض منافع، صنعت داروسازی، اخلاق پزشکی.

## مقدمه

خدمتی که بنا است به او ارائه شود، امکان چنین ارزیابی از قبل برای او وجود ندارد. به بیان دیگر نه تشخیص و پیش آگهی را می داند و نه می داند که چه دارو و یا روش های درمانی برای او مناسب است [۱]. به همین دلیل فعالیت پزشکان را حرفه<sup>۱</sup> می نامند ولی تجارت و کسب و کار را حرفه نمی دانند. یکی از مؤلفه های مهم حرفه، خدمت محوری، مثرثمر بودن، مفید بودن و مطلوبیت اجتماعی است [۲]. از طرف دیگر تأثیرات کنونی مشوق های تجاری چالش های فراوانی را برای اصول حرفه مندی<sup>۲</sup> در پزشکی ایجاد کرده است. در واقع تعهد پزشکان به نودوستی، در اولویت قرار دادن منفعت بیماران، علمی عمل کردن و نداشتن سوگیری در تصمیمات پزشکی، مرتباً آن ها را در مقابل تعارض منافع که در بیشتر موارد، مالی هستند قرار می دهد. یکی از پر چالش ترین این تعارضات از ارتباط بین پزشکان با شرکت های سازنده دارو و تجهیزات پزشکی ناشی می شود. صنایعی که در بخش سلامت مشغول به فعالیت هستند اعم از شرکت های داروسازی و سازندگان تجهیزات پزشکی، به نوبه ی خود از طریق ارتقا و پیشرفت محصولات

در معاملات تجاری معمول مانند خرید و فروش یک کالا یا خدمت، هر طرف معامله برای اینکه در معامله متضرر نشود به طرف دیگر معامله متکی نخواهد بود و دو طرف معامله بدون اعتماد به یکدیگر مراقب هستند که در معامله متضرر نشوند. اما بعضی از معاملات و ارتباطات متفاوت از تجارت معمول و مرسوم هستند مانند آن چه که در رابطه ی پزشک و بیمار وجود دارد. در واقع بیماران در پی حفظ حیات و سلامتی خود می باشند که موضوع بسیار مهمی است و این خدمات فقط توسط پزشکی که دارای صلاحیت و مجوز لازم هستند، قابل ارائه می باشد؛ به عبارت دیگر ارائه این خدمت در انحصار پزشکان است. از طرفی بر خلاف تجارت معمول که خریدار می تواند کالا را مورد ارزیابی قرار دهد و پس از آن اقدام به خرید کند، در رابطه ی پزشک و بیمار، بیمار به دلیل نداشتن اطلاعات کافی برای ارزیابی

## \* نویسنده مسؤول:

نشانی کامل پستی: تهران بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره تماس: ۶۶۴۱۹۶۶۱ و ۶۶۴۸۰۲۷۶

Email: Mparsa@sina.tums.ac.ir

1. Profession
2. Professionalism
3. CME(Countinuing Medical Education)

یک امر عادی تلقی شود که قبلی بر آن مترتب نیست. لذا این مقاله بر آن است که با توضیح موضوع و ذکر برخی مصادیق آن، توجه کادر پزشکی را به این مهم جلب نموده و زمینه مطالعات و بررسی‌های بیشتری در این زمینه فراهم نماید.

## روش کار

روش تحقیق و تدوین این مقاله با جست‌وجو در منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی در ۶ ماهه‌ی دوم سال ۸۹ صورت گرفته است. به این صورت که با استفاده از کلید واژه‌های تعارض منافع (Conflict of interest) به تنهایی و ترکیبی از واژه‌های آموزش (education)، درمان (practice و treatment) و یا صنعت داروسازی (pharmaceutical industry) در عنوان و یا واژه‌های کلیدی و موضوع مقالات در سایت‌های PMC و ISI، Google، Iran Medex، PubMed Central) و سایت federated search کتابخانه‌ی الکترونیک دانشگاه علوم پزشکی تهران جست‌وجو به عمل آمد و بیشتر از مقالاتی که به موضوع تعارض منافع ناشی از ارتباط صنعت با پزشکان بود، استفاده شد. همچنین از بعضی از کتب موجود در دسترس در زمینه تعارض منافع در اخلاق پزشکی نیز استفاده گردید.

## بحث

موضوع تعارض منافع<sup>۱</sup> در متون پزشکی در دهه‌ی ۱۹۸۰ مورد توجه جدی قرار گرفت. مطالعات صورت گرفته طیف وسیعی از تعارضات را شرح داده‌اند که پزشکان، محققان پزشکی و مؤسسات پزشکی را درگیر می‌کند. طبق تعریفی که آقای تامپسون ارائه داده است "تعارض منافع شامل حالاتی می‌شود که در آن قضاوت حرفه‌ای راجع به یک منفعت اولیه یا اصلی (مانند رفاه بیمار و اعتبار یک تحقیق) بی جهت و ناروا تحت تأثیر یک منفعت ثانویه یا فرعی (مانند بهره‌ی مالی) قرار می‌گیرد." منفعت اصلی با توجه به وظایف حرفه‌ای یک پزشک، محقق یا استاد تعیین می‌شود و این وظایف هر چه که باشند باید ملاحظات اصلی و درجه‌ی اول در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای یک پزشک، محقق یا استاد باشد.

تعارض منافع در تعریف دارای سه عنصر اصلی می‌باشد:

- منفعت اولیه‌ی (اصلی): منافع اولیه می‌تواند در حیطه‌ی پژوهش، ارتقا و صیانت از درستی پژوهش، در حیطه‌ی درمان، رفاه بیمار و در حیطه‌ی آموزش، کیفیت آموزش پزشکی باشد. در واقع پزشکان و محققین پزشکی تقدم این منافع را در حرفه‌ی پزشکی پذیرفته‌اند.
- منفعت ثانویه: این منفعت می‌تواند مالی یا سایر منافع از جمله میل به پیشرفت حرفه‌ای، شناساندن موفقیت‌های فردی و توجه به دوستان و خانواده، دانشجویان و همکاران باشد. اما در هر حال تأکید بیشتر بر منافع و روابط مالی می‌باشد. ولی دلیل این تأکید این نیست که منافع مالی مخرب‌تر از سایر منافع است، بلکه دلیل آن عینی و ملموس‌تر بودن و کمیت‌پذیری منافع مالی می‌باشد. بنابر این کنترل منافع مالی

خود در پیشبرد آسایش و رفاه بیماران سهم عمده‌ای دارند. سرمایه‌گذاری آن‌ها در ساخت، توسعه و توزیع محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی جدید برای بسیاری از بیماران فواید فراوانی دارد. بسیاری از این شرکت‌ها از برنامه‌های آموزش پزشکی مداوم<sup>۲</sup> حمایت می‌کنند اما از طرفی مسؤولیت‌هایی هم در قبال سهامداران خود دارند تا سود معقولی نصیب آن‌ها کنند [۳].

به طور کلی می‌توان گفت تعارض منافع در حرفه‌ی سلامت غالباً وقتی رخ می‌دهد که یک منفعت شخصی مالی و سایر بهره‌های شخصی با مسؤولیت حرفه‌ای شخص در تعارض قرار گیرد [۴]. به بیان دیگر تعارض منافع بیانگر موقعیتی است که در آن فرد انگیزه‌ی کاری را در حیطه‌ی حرفه‌ی خود پیدا می‌کند ولی با وظایف شغلی بدیهی او مغایرت دارد [۵].

تعارض منافع در حرفه‌ی پزشکی می‌تواند در حوزه‌ی پژوهش، درمان و آموزش رخ دهد که البته حوزه‌ی پژوهش موضوع این مقاله نیست. در این خصوص نگرانی‌ها در مورد تأثیر بالقوه مخرب صنایع خصوصی بر حوزه‌های مذکور پس از دهه‌ی ۱۹۷۰ در آمریکا رو به تزاید گذاشت و در آن دهه کنگره‌ی ایالات متحده قوانینی را به منظور جلب توجه بیشتر به تعارض منافع در پزشکی وضع نمود [۶] اهداف اولیه پزشکی، ارتقای سلامت جامعه از طریق ارائه‌ی مراقبت‌های پزشکی مؤثر به بیماران، هدایت پژوهش‌های پزشکی معتبر و ارائه‌ی آموزش پزشکی در حد عالی می‌باشد. برای دستیابی به این اهداف تمام افراد شاغل در حرفه‌ی پزشکی، مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی خدمات پزشکی و مؤسسات پژوهشی وظیفه دارند که در وهله‌ی اول و قبل از هر چیزی منافع بیماران را در نظر داشته باشند و پژوهش‌هایی غیر سوگیرانه انجام دهند و به لحاظ رفتار حرفه‌ای الگویی مناسب برای دانشجویان باشند. اما به دلیل اینکه در پزشکی امروزی در بعضی از مواقع این اهداف و وظایف، تحت الشعاع منافع مالی و سایر منافع فرعی و ثانوی قرار می‌گیرد، مشکل تعارض منافع رخ می‌نمایند [۷]. در خصوص تعارض منافع اگرچه در بیشتر متون و تفاسیر بر ملاحظات مالی تأکید شده است (و بحث این مقاله هم تعارض منافع مالی است)، اما این‌ها تنها منافی نیستند که بر رفتار پزشک تأثیر گزار هستند، بلکه بسیاری از عوامل دیگر از جمله میل به پیشرفت حرفه‌ای و حتی علم‌آموزی هم می‌تواند تأثیرگذار باشند. به نظر می‌رسد این تصور که مشوق‌های مالی و سایر مشوق‌ها تأثیر قابل توجهی بر رفتار انسان دارند و گاهگاهی می‌تواند بر قضاوت حرفه‌ای پزشک غلبه پیدا کند، غیر قابل انکار است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که دادن مشوق‌های مالی و هدایا از طرف بخش صنعت تأثیر قابل توجهی روی رفتار پزشکان دارد و نشان داده شده پزشکانی که در معرض چنین مشوق‌هایی هستند به میزان بیشتری بیماران را برای تست‌های آزمایشگاهی، رادیوگرافی، جراحی و بستری در بیمارستان ارجاع می‌دهند [۸]. هر چند در کشور ما مطالعه‌ی در این زمینه انجام نشده است، اما دیده‌ها و شنیده‌ها حاکی از آن است که موضوع تعارض منافع از جمله موضوعات مهمی است که پزشکان و مؤسسات پزشکی به طرق مختلف با آن درگیر هستند و بیم آن می‌رود که کم کم به عنوان

پایه‌ی عقل استوار باشد و این طور نیست که افراد همیشه از انگیزه‌های خود باخبر باشند. تحقیقات علوم اجتماعی نشان داده است که میل به عمل متقابل حتی در قبول هدایای کوچک در رفتار مردم خیلی زیاد است. افرادی که هدیه‌ای دریافت می‌کنند، اغلب قادر نیستند که بی تفاوت باقی بمانند و اغلب می‌خواهند طوری آن را جبران کنند. در این خصوص محققین به طور خاص هدایای صنعت به پزشکان را مورد مطالعه قرار داده‌اند و نشان داده‌اند که قبول هدیه موجب رفتار مثبت پزشکان به نمایندگان شرکت‌های دارویی می‌شود [۳]. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰ از اساتید تمام وقت در بیمارستان‌های آموزشی کلپولند<sup>۵</sup> در آمریکا به عمل آمد، نتایج حاصله نشان داد پزشکیانی که با نمایندگان شرکت‌های دارویی خاصی ملاقات کرده بودند و اینکه برای شرکت و سخنرانی در سمپوزیوم یا انجام تحقیقات از آن شرکت دارویی پول دریافت کرده بودند، بیشتر امکان داشت که داروهای ساخت آن شرکت دارویی را درخواست کنند [۱۱]. در مطالعه دیگری با مقایسه ۱۰۷ کارآزمایی بالینی، معلوم شد که کارآزمایی‌هایی که با سرمایه‌گذاری یک شرکت دارویی انجام شده بود، احتمال اینکه نتیجه گرفته شود که داروی جدید نسبت به داروی قدیمی بهتر است بیشتر بود [۱۰]. از طرف دیگر با وجود اینکه بسیاری از پزشکان هر ساله هدایای متعددی را از شرکت‌های دارویی دریافت می‌کنند، ولی اغلب آن‌ها علی‌رغم شواهد زیادی که بر خلاف آن وجود دارد، تأثیر این هدایا را بر خود انکار می‌کنند [۱۲]. این در حالی است که اکثر پزشکان اگرچه معتقدند هدایا تأثیری در تجویزهای طبی خود آن‌ها ندارد، ولی همین پزشکان معتقدند که هدایا در همکاری‌شان تأثیرگذار است [۱۳]. در این زمینه در مطالعه‌ای که بر روی نگرش اساتید و رزیدنت‌های داخلی صورت گرفت، اکثریت آن‌ها معتقد بودند که قبول هدایای گران‌قیمت ممکن است قضاوت پزشک را در معرض خطر قرار دهد. اما تعداد کمی از آن‌ها معتقد بودند که اطلاعاتی که توسط نمایندگان فروش ارائه می‌شود بر روی روند تصمیم‌گیری خود آن‌ها مؤثر بوده است [۱۴]. همچنین قبول هدایای شرکت‌های دارویی از جانب پزشکان، بر روی نگرش بیماران نسبت به پزشکان تأثیرگذار است. به عنوان مثال در مطالعه‌ای ۲۴ درصد از بیماران گزارش کردند که بعد از اینکه متوجه شدند که شرکت‌های دارویی به پزشکان هدیه می‌دهند احساس آن‌ها نسبت به پزشکان تغییر کرد [۱۳].

اهمیت تعارض منافع به قدری است که در بسیاری از موارد، قانون محدودیت‌هایی را بر اتونومی و آزادی افرادی که در یک رابطه مبتنی بر امانت قرار گرفته‌اند، وضع می‌کند. در رابطه‌ی مبتنی بر امانت که بین یک فرد قوی‌تر یعنی پزشک و یک فرد ضعیف‌تر یعنی بیمار وجود دارد، مقررات تعارض منافع خیلی جدی است. در حوزه‌های قضایی

نیز مؤثرتر و آشکارتر است. منفعت فرعی و ثانویه به طور ذاتی ممکن است نامشروع نباشد و حتی در عمل حرفه‌ای ممکن است مطلوب و یک ضرورت باشد، اما باید دید وزن نسبی این منفعت در تصمیمات حرفه‌ای کجاست؟ هدف این نیست که مثلاً منافع مالی یا سایر منافع فرعی (مانند ترجیح خانواده و دوستان و به دنبال پرستیژبودن و...) حذف شود یا به حداقل رسانده شود، بلکه هدف این است که در تصمیمات حرفه‌ای، منافع فرعی غالب نشوند و منافع اصلی را تحت‌الشعاع خود قرار ندهند.

• تعارض<sup>۱</sup>: واژه تعارض الزاماً به این معنی نیست که منفعت اولیه حتماً در معرض خطر است بلکه یک سری شرایط و روابط ممکن است باعث شود که در اثر پیگیری و دنبال کردن منفعت ثانویه، منفعت اولیه به فراموشی سپرده شود. لذا ممکن است تعارض منافع وجود داشته باشد، اما یک شخص یا مؤسسه‌ی خاص می‌تواند تحت تأثیر منفعت ثانویه باشد یا نباشد [۷ و ۹].

تعارض منافع را باید از سایر تعارضات تشخیص داد. و در واقع تمام تعارضات، تعارض بین یک منفعت اولیه و ثانویه نیستند.

• تعارض وظیفه<sup>۲</sup>: تعارض وظیفه انتخابی مشکل بین دو ارزش است که هیچ یک بر دیگری تفوق ندارد و در شرایط موجود فقط امکان انجام یکی از آن‌ها وجود دارد، دوراهه (دیلما<sup>۳</sup>)ها در اخلاق پزشکی به این صورت هستند. مثال بارز آن حفظ راز بیمار مبتلا به یک بیماری مسری است که حفظ راز او در تعارض با جلوگیری از ضرر نرساندن به فرد دیگر می‌باشد. در این مثال در واقع تعارض منافع نداریم چون هر دو این منافع از نوع منفعت اولیه هستند. و در واقع می‌توان گفت که دیلما تعارض بین منفعت‌های اولیه متفاوت است.

• تعارض تعهدات<sup>۴</sup>: تعارض تعهدات به موضوع تعارض منافع نزدیک‌تر است. این حالت تعارض بین مسؤولیت‌های اولیه افراد در درون یک سازمان نسبت به تعهدات خارج از سازمان آن افراد مانند خدمات اجتماعی داوطلبانه یا شرکت در یک گروه سیاسی یا آموزش یا هدایت یک تحقیق در یک سازمان دیگر است. در این مورد، مانند تعارض بین دو منفعت اولیه (تعارض وظیفه)، دو فعالیت که کاملاً محترم و موجه هستند داریم ولی مانند تعارض منافع یک فعالیت بر دیگری تفوق دارد [۷].

اهمیت تعارض منافع: به لحاظ اخلاقی اهمیت تعارض منافع به این دلیل است که قضاوت بالینی پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا احتمال خطر آسیب زدن به اعتماد بین پزشک و بیمار و عموم جامعه در آن وجود دارد. در واقع بیماران انتظار دارند که پزشکان به دنبال هیچ گونه انگیزه‌ای به غیر از بهبودی بیماران خود نباشند. اگر بیماری احساس کند که پزشک او از تعارض منافع موجود تأثیر پذیرفته است، اعتماد او به پزشک و حتی به حرفه‌ی پزشکی ممکن است سست شود. بعضی اوقات منافع ثانویه آنقدر چشمگیر هستند که می‌توان پیشگویی کرد که پزشک حتماً تحت تأثیر این منافع ثانویه قرار خواهد گرفت [۱۰].

روانپزشکان، جامعه‌شناسان و اقتصاددانان معتقدند که رفتار انسان طوری است که روش‌های تجربی نو و ابتکاری را به کار می‌گیرد. تحقیقات آن‌ها نشان داده است که رفتار چیزی نیست که کاملاً بر

1- conflict

2- conflict of obligation

3- dilemma

4- conflict of commitment

5- Cleveland

6- fiduciary relationship

7- fiduciary duties

همیشه این طور نیست و چه بسا آنچه کم خطرتر انگاشته شده در دراز مدت پرخطرتر باشد. دوم اینکه در مواردی تعارض بین دو امر هم‌آورد (ونه فاسد و افسد) به میان می‌آید به گونه‌ای که ترجیحی وجود ندارد که یکی را رها کنیم و دیگری را انتخاب کنیم. اگر بر سر دوراهی قرار بگیریم که انتخاب هر یک بر دیگری به اندازه‌ی یکسانی فساد انگیز باشد، چه باید کرد. و سوم اینکه توسل به روش دفع افسد به فاسد غالباً چشم فرد را از جستن راه سوم باز می‌دارد. به عبارت دیگر ما خیال می‌کنیم که راه سوم وجود ندارد و ممکن است راه‌های متعدد دیگری وجود داشته باشد لذا روش قابل توصیه در حل تعارضات اخلاقی جست‌وجو از راه سوم است [۱۷].

سلب صلاحیت<sup>۴</sup>: کسانی که در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرند باید از تصمیم‌گیری در آن موقعیت اجتناب کنند و فرد دیگری این کار را انجام دهد. به عنوان مثال اگر یک قاضی در پرونده‌ای خود دارای منافی است، باید در مورد آن پرونده‌ی خاص از خود سلب صلاحیت کند و قاضی دیگری این کار را انجام دهد.

ارزیابی شخص ثالث<sup>۵</sup>: حالتی را در نظر بگیرید که در آن سهامدار عمده یک شرکت سهامی بخواهد سهم مابقی سهامداران آن شرکت را که در اقلیت هستند، بخرد. چه قیمتی عادلانه است؟ بدیهی است که این کار درستی نیست (و معمولاً غیر قانونی است) که سهامدار عمده قیمتی را پیشنهاد بدهد و هیأت مدیره (که معمولاً در کنترل سهامدار عمده است) این قیمت را تأیید کند. چیزی که مرسوم است این است که شخص سومی را به کار بگیرند که شرایط را ارزیابی کند و یک قیمت منصفانه را پیشنهاد بدهد و بعد سهامدارانی که در اقلیت هستند به آن رای بدهند.

کدهای اخلاقی<sup>۶</sup>: معمولاً کدهای اخلاقی تعارض منافع را ممنوع کرده‌اند، اما ممکن است به هر حال در مواردی اختلاف نظر وجود داشته باشد. کدهای اخلاقی با بیان میزان تعارضی که باید از آن اجتناب شود کمک می‌کنند که مشکلات تعارض منافع را به حداقل برسانیم [۱۸].

ممنوعیت<sup>۷</sup>: بعضی از تعارض منافعها ممکن است تأثیر خیلی زیادی بر موضوع اعتماد داشته باشند و امکان سوء استفاده از آن خیلی زیاد باشد و یا اینکه منفعت قابل توجهی برای بیمار نداشته باشد، لذا بایستی ممنوع شوند.

آشکارسازی<sup>۸</sup>: آشکارسازی قاعده‌ی طلایی در تعارض منافع است. برای اینکه کسی بخواهد بداند در موقعیت تعارض منافع قرار دارد یا خیر باید این سؤال را از خود بپرسد: اگر بیمار و یا سایر افراد از منفعت من در این موضوع مطلع شوند آیا من راحت خواهم بود؟ اگر جواب به

بعضی از جوامع از ارتباط بین پزشک و بیمار تحت عنوان وظایف مبتنی بر امانت<sup>۹</sup> نام برده می‌شود که پزشک را ملزم به حفظ اعتماد بیمار و اطمینان بخشیدن به عموم مردم می‌نماید. در حوزه‌های قضایی که فاقد وظایف مبتنی بر امانت می‌باشد این کار توسط کدهای حرفه‌ای که شاید قدرت قانون را داشته باشد، انجام می‌شود. کدهای حرفه‌ای، پزشکان یا صنایع را از فعالیت‌هایی که ممکن است اعتماد عمومی و بیماران را نسبت به شاغلین حرفه‌ی سلامت سلب کند، منع می‌کند. مثلاً در قانون کنترل حرفه‌ی سلامت انتاریو<sup>۱۰</sup> مصوب سال ۱۹۹۱، شاغلین حرفه‌ی سلامت از عمل در جایی که در معرض تعارض منافع باشند منع شده‌اند [۱۰ و ۱۵].

با توجه به اینکه امروزه دانش پزشکی برای پیشرفت در عرصه‌های مختلف اعم از آموزش، پژوهش و درمان نیاز به سرمایه‌گذاری صنعت دارویی و تجهیزات پزشکی دارد و شیوه‌های کسب درآمد پزشکان نیز دچار تغییرات ساختاری و بعضاً پیچیده‌ای گردیده است، لذا برای حفظ شأن و جایگاه پزشکان و از همه مهم‌تر حفظ جایگاه حرفه‌ی پزشکی در نظر عموم مردم، اتخاذ روش‌ها و رویکردهایی که بتواند تا حدودی معضل تعارض منافع را حل نماید، ضروری به نظر می‌رسد.

رویکرد ما به تعارض منافع باید چگونه باشد: قدم اول در مواجهه با تعارض منافع، آگاهی و شناخت آن است. پزشکان باید درک کنند که آن‌ها ممکن است تحت تأثیر تعارض منافع قرار بگیرند. تأیید کردن وجود تعارض منافع، اعتراف به یک نقص اخلاقی نیست بلکه ارزیابی واقعی از احتمال تأثیر بالقوه یک منفعت ثانویه است. لذا اتکا به درستکاری فردی ضروری است اما کافی نیست. از این رو باید دانشجویان و پزشکان را با روش‌هایی که شرکت‌های دارویی برای بازاریابی و ترویج محصولات خود به کار می‌برند آشنا کرد. این آموزش برای کارکنان شرکت‌های دارویی نیز لازم است که با محدوده‌ی تعاملات خود با پزشکان آشنا باشند [۱۰]. بسته به نوع تعارض و احتمال آسیب وارده، روش‌های متعددی برای برخورد با تعارضات در دسترس است که به آن‌ها اشاره می‌شود.

تبدیل مشکل به مسأله: یکی از راه‌های برون رفت از تعارض اخلاقی تبدیل مشکل به مسأله است. گاه تعارض در میان مشکلات رخ می‌دهد و همین که از دل مشکل مسأله‌ای استخراج می‌کنیم، یا تعارض رخت می‌بندد و یا شیوه‌ای ساده و آسان برای حل تعارض یافت می‌شود. مشکل<sup>۲</sup> سطحی، کلی و عام، قابل رویت توسط عوام، ذهنی، مرکب، مبهم، فاقد روش بررسی و معمولاً غیرقابل حل است. اما مسأله<sup>۳</sup> ژرف، معین و مشخص، قابل رصد توسط متخصص، عینی، واحد، روشن، روش بردار، و قابل حل است. اگر برای حل تعارض منافع در حد مشکل توقف کنیم و به ژرفای مسأله نرویم به راه حل ممتاز و متمایزی نخواهیم رسید [۱۶].

انتخاب راه سوم: آموزه‌های سنتی، تعارضات اخلاقی را به وسیله‌ی اصل "دفع افسد به فاسد" حل می‌کنند. لذا فاسد و بد را انتخاب می‌کنیم تا از افسد و بدتر مصون باشیم. اما به دلایلی این اصل مردود است، اول اینکه غالباً نمی‌توانیم بین اهم و مهم و فاسد و فاسد تفکیک قائل شویم. گاهی یکی از تعهدها آنقدر مهم‌تر از تعهدات دیگر است که به آسانی می‌توان دانست چه باید کرد اما نباید فراموش کرد که

1- Regulated Health Professions Act of Ontario

2- Difficulty

3- Problem

4- Recusal

5- Third-party evaluations

6- Codes of ethics

7- prohibition

8- Disclosure

(قلم، قلم نوری و...) که علامت تجاری یک شرکت دارویی در روی آن حک شده بود در جیب آن‌ها وجود داشت. ۹۱ درصد از رزیدنت‌ها هم ابراز داشتند که ارتباط با شرکت‌های دارویی بر روی نسخه نویسی آن‌ها تأثیر گزار است [۲۲]. همچنین در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۷۷ از رزیدنت‌های پزشکی به عمل آمد، مشخص شد که در مجموع ۳۲ درصد از داروهای مورد استفاده از کمد‌های نمونه‌های دارویی، مسقیماً از نمایندگان شرکت‌های دارویی به دست آمده است [۲۳]. نکته‌ی مهم، تأثیر این هدایا بر روند آموزش است به عنوان مثال در مطالعه‌ای که به منظور تعیین نظر رزیدنت‌ها و اساتید در مورد تأثیر صنعت دارویی بر آموزش پزشکی انجام شد، اکثر رزیدنت‌های طب داخلی و اساتید آن‌ها معتقد بودند که صنعت بر آموزش در مراحل مختلف آموزشی تأثیر گزار است که این امر موجب تعارض منافع می‌شود و خواسته‌ی آن‌ها این بود که آموزش دهندگان تمامی ارتباطات مالی خود با صنعت را آشکار کنند [۲۴]. در این زمینه توصیه‌ی انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> این است که مراکز دانشگاهی پزشکی، سیاست‌ها و خط‌مشی‌های الزام‌کننده‌ی را طراحی کنند که سرمایه‌گذاری صنعت در اعطای کمک هزینه‌های تحصیلی یا سایر کمک‌ها به مرکز آموزشی داده شود. به علاوه صنعت نباید در انتخاب دریافت‌کنندگان آن دخالتی داشته باشد و به هیچ وجه هم مستلزم ما به ازایی نباشد. همچنین صنعت نباید با یک فرد خاص از دانشجویان یا کارآموزان ارتباط داشته باشد [۲۵]. کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا بیان می‌کند: هدایایی که ارزش کمی دارند و مربوط به کار پزشک می‌شوند مانند یک قلم یا دفتر یادداشت یا هدایایی که نفع آن به بیمار می‌رسد و ارزش قابل توجهی ندارند، قابل قبول هستند. اما یارانه‌های مستقیم از شرکت دارویی برای مسافرت یا اقامت برای حضور در کنفرانس‌ها یا گردهمایی‌ها قابل قبول نیستند. نکته‌ی جالب اینکه هم کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا و هم انجمن اعتبارگذاری آموزش پزشکی مداوم<sup>۲</sup> به این استانداردهای خود یک استثنا قائل شده‌اند به این صورت که: «کمک هزینه یا سایر اعتبارات مالی که برای شرکت دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و فلوها در کنفرانس‌های آموزشی که با دقت انتخاب شده باشند ممکن است اجازه داده شود». به شرطی که انتخاب کارآموز برای این برنامه‌ها توسط مؤسسه‌ی دانشگاهی یا حمایت‌کننده‌ی معتبری که موافق کامل برنامه‌های آموزشی باشد، صورت گرفته باشد. همچنین کالج پزشکان آمریکایی<sup>۳</sup> پذیرش بعضی از هدایا را قابل قبول ذکر کرده است مانند هدایای جزئی از قبیل قلم، هدایای غیر گران قیمتی که ارزش آموزشی دارند مانند کتاب یا کمک هزینه برای جبران معقول صرف وقت یا هزینه‌های حضور در نشست ارائه مقاله و ضیافت معمولی همراه با رویدادهای آموزشی. در این زمینه در بریتانیا فقط

این سؤال خیر باشد پس آشکارسازی لازم است. اگر بیماران بفهمند که پزشکان منافی را مخفی کرده‌اند، اعتماد آن‌ها کم‌تر خواهد شد و در صورتی که بفهمند که پزشک در مورد این منافع شفاف است، احتمالاً اعتماد آن‌ها بیشتر خواهد شد. لذا سخنران‌ها در کنفرانس‌ها و نویسندگان مقالات در زمان ارائه‌ی مطالب خود باید هرگونه منفعت و ارتباطاتی را که با صنعت دارند آشکار کنند. باید این آشکارسازی منابع حرفه‌ای و مالی در انتشار مجله‌های پزشکی صورت بگیرد. و همچنین در مورد هدایا و... نیز این آشکارسازی لازم است. به عنوان مثال انجمن پزشکان کانادایی<sup>۴</sup> بیان می‌کند:

"پزشک باید آماده‌ی آشکارسازی ماهیت روابط خود با صنعت به بیمار، برگزارکنندگان و حضار یک آموزش مداوم پزشکی در موقع سخنرانی و یا موقعیت‌های مشابه باشد" [۱۰ و ۱۵ و ۱۹].

تعارض منافع می‌تواند در حیطه‌های درمان، آموزش و یا پژوهش وجود داشته باشد که مقوله‌ی پژوهش موضوع این مقاله نیست.

تعارض منافع در آموزش پزشکی: در بیشتر طول مدت قرن بیستم شرکت‌های تولید محصولات پزشکی در آموزش پزشکی مشارکت عمده‌ای نداشتند تنها استثناء در این مورد نمایندگان فروش این شرکت‌ها بودند که اطلاعاتی را در مورد محصولات خود به رزیدنت‌ها و اساتید و پزشکان غیر آکادمیک ارائه می‌کردند. ولی در دهه‌های آخر این قرن، شرکت‌های تجهیزات پزشکی به طور فزاینده‌ای در حمایت‌های مالی از آموزش مداوم پزشکی درگیر شدند و دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، وابسته به حمایت صنعت از برنامه‌های آموزشی خود شدند [۷]. به عنوان مثال در بریتانیا هزینه‌های بیش از نیمی از کل آموزش پزشکی بعد از لیسانس<sup>۲</sup> و بسیاری از آموزش‌های پرستاران از بودجه بازاریابی شرکت‌های دارویی می‌باشد. که البته خاص بریتانیا به تنهایی نیست بلکه عمومیت دارد [۱۵]. در مورد برنامه‌های رزیدنتی هم چنین وضعیتی وجود دارد. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که از مدیران برنامه‌های رزیدنتی طب اورژانس به عمل آمد، معلوم شد که ۴۰ درصد اجازه داده بودند که صنعت در برنامه‌های آنان سرمایه‌گذاری کنند و همین درصد هم اجازه داده بودند که نمایندگان شرکت‌های دارویی به رزیدنت‌ها آموزش بدهند [۲۰]. روش‌های ارتباط صنعت با پزشکان یا دانشجویان به طرق مختلفی می‌باشد که یکی از آن‌ها دادن هدیه به دانشجویان یا رزیدنت‌ها است که این هدیه می‌تواند دادن یک وعده‌ی غذایی یا نمونه‌های دارویی یا اقلام آموزشی و... باشد. برای نمونه در مطالعه‌ای که از دانشجویان پزشکی سال سوم در هشت دانشکده‌ی پزشکی مهم در آمریکا به دست آمد مشخص شد که تقریباً همه‌ی دانشجویان یک وعده‌ی غذایی یا یک هدیه دیگر که توسط صنعت تهیه شده بود، دریافت کرده بودند و بیش از یک سوم آن‌ها در یک رخدادی که میزبان آن یک شرکت دارویی بود، حضور یافته بودند [۲۱] و در همین زمینه در مطالعه‌ی دیگری که بین رزیدنت‌های کالج پزشکی ویرجینیا در سال ۲۰۰۰ انجام شد مشخص شد ۹۸ درصد آن‌ها در طول سال گذشته یک وعده خوراک که تأمین‌کننده‌ی آن یک شرکت دارویی بوده است خورده بودند. در همین مطالعه از رزیدنت‌ها خواسته شد که محتوای جیب روپوش‌های پزشکی خود را خالی کنند، معلوم شد که ۹۷ درصد رزیدنت‌ها حداقل یک قلم جنس

1- CMA

2- postgraduate

3- AAMC (The Association of American Medical Colleges)

4- ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education)

5- ACP

هدیایی که ارزان قیمت هستند و مربوط به پزشکی یا داروسازی هستند اجازه داده می‌شود [۲۶].

در بسیاری از موارد ارتباط صنعت با محیط‌های دانشگاهی از طریق نمایندگان آن‌ها صورت می‌گیرد. توصیه‌های انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا در خصوص دسترسی نمایندگان فروش این شرکت‌ها به شرح زیر است:

- برای حفاظت از بیماران، دسترسی نمایندگان شرکت‌های دارویی به پزشکان باید محدود به محل‌هایی که مربوط به مراقبت از بیمار نیست، باشد و فقط بر اساس قرار ملاقات و دعوت پزشک بوده و اعتبارنامه‌ی این نمایندگان توسط مرکز دانشگاهی مورد تأیید قرار بگیرد.
- درگیر شدن دانشجویان و کسانی که در حال آموزش هستند در چنین نشست‌هایی فقط برای اهداف آموزشی و تحت نظارت یکی از اعضای دانشکده اتفاق بیفتد.

- مراکز دانشگاهی پزشکی باید مکانیسم‌های را طراحی کنند که به موجب آن نمایندگان صنعت که می‌خواهند در مورد محصولات خود اطلاعات آموزشی را ارائه بدهند با نظارت دانشکده فرصت این کار را داشته باشند. بهتر است نمایندگانی از صنعت که دارای مدارج دکترای پزشکی یا داروسازی یا دکتری تخصصی<sup>۱</sup> هستند این کار را عهده‌دار باشند.

- نمایندگان این شرکت‌ها نباید در هنگام مراقبت از بیمار حضور داشته باشند، مگر اینکه از قبل برای بیمار آشکارسازی شده باشد یا رضایت، اخذ شده باشد و فقط هم در راستای آموزش یا کمک در استفاده از وسایل و تجهیزات باشد [۲۵].

در مورد آموزش پزشکی مداوم نیز تأثیر صنعت مشهود است. پزشکان متعهد هستند که برای حفظ مهارت‌ها و دانش خود به طور دائم آموزش ببینند. لذا بسیاری از انجمن‌های پزشکی برای تمدید پروانه اعضا خود آن‌ها را ملزم به طی نمودن دوره‌های آموزش مداوم می‌کنند [۲۷]. به عنوان مثال در تمام ایالت‌های آمریکا به غیر از چند ایالت، کسانی که می‌خواهند اعتبار پروانه خود را تمدید کنند الزام به گذراندن دوره‌های آموزش پزشکی مداوم مجاز (معتبر) دارند. انجمن اعتباربخشی آموزش پزشکی مداوم<sup>۲</sup> در مدیریت کردن تعارض منافع برای سازمان‌های تحت پوشش خود یکی از راه‌ها را آشکارسازی می‌داند و در مورد اینکه سخنران چه چیزی را باید آشکار کند توافق کلی وجود دارد که سخنران باید تمام ارتباطات مالی خود را با مؤسسات تجاری در ابتدای سخنرانی آشکار کند [۲۸]. اطلاعات به دست آمده از انجمن اعتباربخشی آموزش پزشکی مداوم در آمریکا حاکی از آن است که سرمایه‌گذاری صنعت در آموزش پزشکی معتبر بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ بیش از ۳۰۰ درصد رشد داشته است. در پاسخ به این نگرانی‌ها این انجمن استانداردهای جدید و سخت گیرانه‌ای را منتشر کرده است که تعارض منافع طراحان و سخنرانان این نشست‌ها باید آشکارسازی شود [۷]. مجمع عمومی سالیانه انجمن پزشکی جهانی در سال ۲۰۰۴ در توکیو اولین دستورالعمل خود را در زمینه‌ی نحوه‌ی ارتباط پزشکان با مؤسسات تجاری منتشر کرد. در یکی از جملات این دستورالعمل آمده است وقتی که ملاحظات تجاری بر واقع بینی پزشک تأثیر بگذارد، در اینجا تعارض منافع رخ داده است. در این دستورالعمل‌ها ذکر شده که هدف کنفرانس‌ها باید تبادل اطلاعات علمی و حرفه‌ای باشد و نحوه‌ی ضیافت این کنفرانس‌ها باید فرع بر این

تبادل اطلاعات علمی باشد [۲۹].

تعارض منافع در درمان: در حیطه‌ی درمان نیز می‌تواند دادن هدایا از طرف شرکت‌های دارویی و یا تجهیزات پزشکی مطرح باشد. دادن هدیه یک روش ترویج و گسترش مصرف محصولات این شرکت‌ها است. از ۱۵/۷ میلیارد دلاری که شرکت‌های دارویی در آمریکا برای ترویج داروهای خود در سال ۲۰۰۰ هزینه کردند، ۱۳/۲ میلیارد دلار آن فقط برای ترویج این داروها بین پزشکان هزینه شد [۳۰]. در این خصوص مقررات مدیسین<sup>۳</sup> در ۱۹۹۴ در انگلیس پیشنهاد و یا قبول هرگونه هدیه، سود و یا بهره‌ی مالی را ممنوع کرده است، مگر اینکه چیز ارزان قیمتی باشد و مربوط به امور پزشکی و یا دارویی باشد. دستورالعمل‌های انجمن پزشکان عمومی<sup>۴</sup> انگلیس بیان می‌کند: «وقتی که ارجاعی را انجام می‌دهید و یا مراقبت و یا درمانی را انجام می‌دهید، باید عملکرد شما به طریقی باشد که بیشترین منفعت را برای بیمار داشته باشد، به طوری که نباید هرگونه محرک، هدیه و یا هاسپیالتی<sup>۵</sup> (هزینه‌های سفر یک پزشک برای شرکت در یک کنفرانس علمی) که بر روی قضاوت شما تأثیر گزار است و یا ممکن است تأثیر گزار باشد را قبول و یا درخواست کرد». انجمن صنعت داروسازی بریتانیا<sup>۶</sup> هم توصیه‌هایی به صنعت در مورد انواع هدیه‌هایی که اجازه دادن آن‌ها وجود دارد، ارائه کرده است. در کد شغلی<sup>۷</sup> سال ۲۰۰۱ آن پیشنهاد می‌کند که هدایا نباید بیش از ۶ پوند ارزش داشته باشد. انواعی که قابل قبول است عبارتند از قلم، دفترچه یادداشت، دستکش جراحی و... در حالی که اجناسی مانند رومیزی و یا دیسک فشرده موسیقی قابل قبول نیستند چون مربوط به امور پزشکی و دارویی نیستند. در مورد پذیرش هزینه‌های سفر برای شرکت در یک کنفرانس علمی و یا رخدادی که میزبان آن یک شرکت دارویی است منعی وجود ندارد در صورتی که:

- کنفرانس واضحاً دارای محتوای علمی باشد،
  - سطح و میزان هزینه‌های پذیرفته شده معقول باشد،
  - هدف اصلی کنگره را تحت‌الشعاع خود قرار ندهد،
  - پذیرش هزینه‌های سفر مختص کسانی باشد که صلاحیت حضور در کنگره را دارند و نه مثلاً همسر آن فرد [۳۱].
- بعضی از مفاد دستورالعمل کاربردی اتحادیه‌ی اروپایی متخصصین پزشکی<sup>۸</sup> در زمینه‌ی تعارض منافع در رابطه بین نورولوژیست‌های اروپایی و صنعت دارویی بیان می‌کند:
- هر نورولوژیست وظیفه دارد که قبل از ارائه‌ی یک موضوع هرگونه تعارض منافع در ارتباط با صنعت دارویی را برای مخاطبین آشکار نماید.
  - از قبول هر گونه پول، هدایای گران قیمت و تفریح و سرگرمی‌های

1- Ph.D

2- Accredited Council for Continuing Medical Education (ACCMME)

3- The Medicines (advertising) Regulations 1994

4- GMC

5- hospitality

6- ABPI (The Association of the British Pharmaceutical Industry)

7- code of practice

8- UEMS

جهانی<sup>۴</sup> هم ذیل عنوان وظایف عمومی پزشکان می‌گوید: «پرداخت و دریافت هرگونه حق الزحمه و یا سایر پاداش‌ها منحصرأً برای فراهم آوردن ارجاع یک بیمار، غیر اخلاقی است». نظرات کنونی شورای امور اخلاقی و قضایی انجمن پزشکی آمریکا مربوط به سال ۲۰۰۲ در بخش مربوط به درآمدها و مطالبات مالی<sup>۵</sup> نیز ذکر می‌کند: «پرداخت و یا دریافت پول توسط پزشک منحصرأً برای ارجاع بیمار سهم خواری است و غیر اخلاقی است. یک پزشک نباید مبلغی را به هر نوع و شکلی و از هر منبعی مانند شرکت‌های دارویی و یا داروخانه‌ها، شرکت‌های اپتیکال و یا شرکت‌های سازنده تجهیزات پزشکی به دلیل ارجاع بیمار جهت مصرف یا تجویز وسایل آن‌ها قبول نماید» [۴۰].

همچنین کدهای حرفه‌ای انجمن پزشکی مالزی که در سال ۱۹۸۷ به اجرا درآمد بیان می‌کند: «سهم خواری یا هر شکلی از قراردادهای یک یک بک<sup>۶</sup> (پرداخت مالی غیر مجاز) که به عنوان ترغیب کردن ارجاع بیمار به پزشک دیگر انجام می‌شود غیر اخلاقی است ..... تخلف از این موضوع از نظر انجمن یک رفتار نامناسب حرفه‌ای می‌باشد» [۴۱].

در جمهوری اسلامی ایران در ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب سال ۱۳۷۳ هیأت وزیران آمده است: «شاغلان حرفه‌های پزشکی حق دریافت و پرداخت هر گونه وجهی به هر عنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی را ندارند». ولی متأسفانه در بازبینی این آیین‌نامه توسط هیأت وزیران در سال ۱۳۷۸ این ماده حذف شده است و فقط در ماده‌ی ۱۴ آن به طور کلی ذکر شده است: «جذب بیمار در صورتی که مخالف شئون حرفه‌ی پزشکی باشد ..... ممنوع است» [۳۸].

خودارجاعی<sup>۷</sup>: کالج پزشکان و جراحان انتاریو<sup>۸</sup> در کانادا در مورد خودارجاعی در سال ۱۹۹۳ می‌گوید: «برای یک عضو این کالج این یک نوع تعارض منافع است که انجام خدمات تشخیصی و یا درمانی را به جایی ارجاع دهد که خودش و یا یکی از اعضا خانواده او مالک آن هستند .....» [۴۲]. بر طبق مقررات جدید دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، پزشکان از ارجاع بیماران مدیکیر<sup>۹</sup> به مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت مانند بیمارستان‌ها، مراکز تصویر برداری، داروخانه‌ها و تهیه کنندگان تجهیزات پزشکی که خود و یا خانواده‌ی آن‌ها در آن دارای نفع مالی هستند، منع شده‌اند [۴۳]. در سال ۱۹۹۲ کنگره‌ی آمریکا قانونی را وضع کرد که ارجاع بیماران مدیکیر و مدیکید<sup>۱۰</sup> به ۱۱ خدمات ارائه‌ی سلامت خاص از آزمایشگاه تشخیص طبی گرفته تا تهیه کنندگان اعضا مصنوعی که پزشک ارجاع دهنده یا خانواده‌ی

غیر مقتضی از صنعت باید اجتناب شود.

• دادن دستمزد به سخنرانان و جبران کار اضافی محققین مشروط به اجازه از کمیته اخلاق مؤسسه است [۳۲].

در نقطه نظرات کالج پزشکان آمریکایی در مورد پزشکان و صنعت داروسازی آمده است: «پزشکان نباید هدایا، هزینه‌های سفر و اقامت برای مجامع علمی و یارانه‌هایی که توسط صنعت داروسازی به آن‌ها پیشنهاد می‌شود در صورتی که قبول آن‌ها قضاوت بالینی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، قبول کنند» [۳۳]. در بعضی از ایالت‌های آمریکا مانند کالیفرنیا قوانینی وجود دارد که پرداخت‌هایی که از سوی شرکت‌های دارویی به پزشکان داده می‌شود الزام به آشکارسازی دارد. در دو تا از این ایالت‌ها (ورمونت و مینسوتا) آشکارسازی به معنی در دسترس عموم قرار دادن است [۳۴]. در حال حاضر در آمریکا ۵ ایالت و ناحیه‌ی کلمبیا قوانینی دارند که آشکارسازی پرداخت‌ها در آن‌ها اجباری است. انجمن پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که این هدایا باید منفعت برای بیمار داشته باشد و ارزش آن هم از ۱۰۰ دلار تجاوز نکند [۳۵]. در قانون آنتی کیک بک<sup>۱</sup> فدرالی در آمریکا آمده است که یک تولید کننده‌ی دارویی نباید به پزشک بر اساس میزان تجویز محصولات آن‌ها پاداشی بدهد. این قانون مجازات‌هایی را تا ۵ سال زندان و جزای نقدی تا ۲۵۰۰۰ دلار برای هر کسی که مرتکب این جرم شود، دربردارد و نیز باعث کنار گذاشته شدن فرد و یا شرکت مقصر از مشارکت در برنامه‌های مراقبت سلامت فدرال برای حداقل ۵ سال می‌شود. دولت آمریکا در سال ۲۰۰۳ بیش از ۱۰۰۰ محکومیت در نتیجه جرایم مراقبت سلامت داشت و بیش از ۵۰۰ فرد و مؤسسه از مشارکت در برنامه‌های فدرال مراقبت سلامت کنار گذاشته شدند [۳۶].

صنعت داروسازی نیز دستورالعمل‌هایی در این زمینه دارد. به عنوان مثال سازندگان و تحقیق دارویی آمریکا<sup>۲</sup> کد PhRMA را در زمینه‌ی تعامل با شاغلین حرفه‌ی سلامت با الگوگیری از دستورالعمل اخلاقی سال ۱۹۹۸ انجمن پزشکی آمریکا در زمینه‌ی هدایای اهدایی از طرف بخش صنعت به پزشکان را در سال ۲۰۰۲ صادر کرد [۳۷].

از دیگر مواردی که می‌تواند در حیطه‌ی درمان تعارض منافع ایجاد کند، منفعت مالی پزشک در مؤسسات خارج از محل طبابت می‌باشد که در این خصوص به سهم خواری و خود ارجاعی اشاره می‌شود. سهم خواری<sup>۳</sup>: سهم خواری وقتی اتفاق می‌افتد که یک بیمار توسط پزشکی به پزشک دیگر و یا مؤسسات درمانی یا پاراکلینیک ارجاع داده می‌شود و به ازای آن مبالغی از جانب آن‌ها به پزشک ارجاع دهنده صرفاً به خاطر ارجاعی که شده است پرداخت می‌شود [۳۸]. در بسیاری از کدهای اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای پزشکی به موضوع سهم خواری اشاره شده است. مثلاً اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا (بخش ۶ و ۷) که در سال ۱۹۷۱ پذیرفته شده است بیان می‌کند: «یک پزشک نباید خدمات خود را تحت‌الشعاع شرایط و حالاتی قرار دهد که در قضاوت بالینی آزادانه او خدشه‌ای وارد کند». «.... پزشک نباید هیچ کمیسونی بابت ارجاع بیمار بگیرد و یا پرداخت کند. داروها و درمان‌های ارائه شده باید بیش‌ترین منفعت را برای بیمار داشته باشد» [۳۹]. کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی

1- Anti kickback

2- PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America)

3- fee splitting

4- WMA

5- fee and charges

6- kickback

7- self referral

8- CPSO (College of Physicians and Surgeons of Ontario)

9- medicare

10- Medicaid

طلایی در تعارض منافع) و نیز رجوع به کدهای اخلاقی است. اگرچه خود کدهای اخلاقی و دستورالعمل‌های رایج در زمینه تعارض منافع نیز تکیه بر این روش‌ها (ممنوعیت و آشکارسازی) دارد. امروزه دانش پزشکی برای پیشرفت در عرصه‌های مختلف اعم از آموزش، پژوهش و درمان نیاز به سرمایه‌گذاری صنعت دارویی و تجهیزات پزشکی دارد و شیوه‌های کسب درآمد پزشکان نیز دچار تغییرات ساختاری و بعضاً پیچیده‌ای گردیده است. به علاوه صنعت دارو اعم از تولید کننده و وارد کننده و نیز بسیاری از پزشکان با موضوع جدی تعارض منافع آشنایی چندانی ندارند، لذا برای حفظ شأن و جایگاه پزشکان و از همه مهم‌تر حفظ جایگاه حرفه‌ی پزشکی در نظر عموم مردم، اتخاذ روش‌ها و رویکردهایی که بتواند تا حدودی معضل تعارض منافع را حل نماید، ضروری به نظر می‌رسد. در کشور ما هم در ارتباطات بسیاری از پزشکان با بیماران و یا مؤسسات پزشکی این معضل دیده می‌شود. لذا لازم است در کشور ما نیز در تدوین مقررات و دستورالعمل‌های اخلاقی در زمینه تعارض منافع کار جدی صورت بگیرد.

## References

- Dickens BM, Cook RJ. Conflict of interest: legal and ethical aspects. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92: 192-197.
- Gharamaleki AF. An introduction to professional ethics. First edition, Saramad Publisher, Tehran, 2009: 167
- Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, et al. Health industry practices that create conflict of interest: A policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006; 295(4): 429-433.
- Day L. Industry gifts to healthcare providers: are the concerns serious?. *Am J Crit Care* 2006 Sep; 15(5): 510-513.
- Zahedi F, Larijani B. Fee splitting and medical ethics. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorder*, 2007; 6(1): 1-8.
- Resnik DB. Conflict of interest in medical research, education and practice. *Environ Health Prospect* 2010; 118(2): A92.
- Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. The National Academic Press 2009. Washington DC
- MacKenzie CR, Cronstein BN. Conflict of interest. *HSSJ* 2006 Sep; 2(2): 198-201. Published online 2006 July 20.
- Thompson DF. Sounding board: understanding financial conflict of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573-576.

1- AHA (American Hospital Association)

درجه‌ی اول او یک ارتباط مالی با آن دارند، ممنوع اعلام شد. تخلف از این قانون مجازات‌های سنگین و کنار گذاشته شدن از برنامه‌های مدیریکر و مدیریکد را به دنبال داشت [۴۴]. انجمن بیمارستانی آمریکا و فدراسیون بیمارستان‌های آمریکایی از ممنوع شدن ارجاع بیماران به بیمارستان‌هایی که خود پزشکان در آنجا منافع شخصی دارند حمایت می‌کنند با استثنائات محدودی که سرمایه‌گذاری سخت‌گیرانه و وجود قوانین آشکارکننده در آن وجود داشته باشد. این ممنوعیت هم به نفع بیماران و هم به نفع اجتماع است چون باعث پایان دادن به تعارض منافع جدی پیش آمده می‌شود [۴۵].

## نتیجه‌گیری

عمده تعارضاتی که بیشتر هم مالی هستند و در حیطه‌ی پزشکی رخ می‌دهند از ارتباط بین پزشکان و یا مؤسسات پزشکی با شرکت‌های سازنده‌ی دارو و یا تجهیزات پزشکی ناشی می‌شود. روش‌های متعددی برای مواجهه با تعارض منافع وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها ممنوعیت، آشکارسازی (به عنوان قاعده‌ی

- Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. *JAMC* 1998; 159(8): 960-965.
- Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies: A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994 March 2; 271(9): 684-689.
- Mayniham R. Who pays for pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003 May 31; 326(7400): 1189-1192.
- Steinman MA. Gifts to physicians in the consumer marketing era. *JAMA* 2000 Nov 1; 284(17): 2243
- McKinney WP, Schiedermayer DL, Lurie N, Simpson DE, Goodman JL, Rich EC. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1990; 264(13): 1693-7
- Singer PA, Viens AM. The Cambridge text book of bioethics. Cambridge university press 2008: 266-273
- Gharamaleki AF. Principles and techniques of research in the area of religion. First edition, Markaze Modiriate Hoze-ye Elmie-ye Qom Publisher, Qom, 2005: 108-114
- Gharamaleki AF. professional ethics. 3rd edition, Majnoon Publishers, Qom, 2005: 297-300
- Available at : <http://www. Answers. Com/topic/ conflict of interest#recusal>. accessed on Jan 6 2011
- Zientek DM. Physician entrepreneurs, self-



- referral , and conflict of interest: an overview . H E C Forum 2003; 15(2): 111-133
20. Keim SM, Mays MZ, Grant D. Interaction between emergency medicine programs and the pharmaceutical industry. *Academic Emergency Medicine* 2004; 11(1): 19-26
  21. Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM, et al. Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey . *JAMA*. 2005 ; 294: 1034- 1042
  22. Sigworth SK, Nettleman MD, Cohen GM. Pharmaceutical branding of resident physicians . *JAMA* 2001; 286(9): 1024-1025
  23. Christie JD, Rosen IM, Bellini LM, et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA* 1998 ; 280(14): 1253-1255
  24. Watson PY , Khandelwal AK , Musial JL , Buckley JD . Resident and faculty perception of conflict of interest in medical education. *J Gen Intern Med* 2005 ; 20(4): 357-359
  25. Available at : [https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version114.pdf&prid\\_id=232&priv\\_id=281&pdf\\_id=114](https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version114.pdf&prid_id=232&priv_id=281&pdf_id=114) . access on Dec 21 2010
  26. So AD. Free gifts: redundancy or conundrum? . *J Gen Intern Med* 1998 March; 13(3): 213-215
  27. AMA. Education & Careers. Available at : <http://www.ama-assn.org/ama/pub/education-careers/continuing-medical-education.shtml> access on Dec 21 2010
  28. Stokes JB , Berns AS , Henrich WL , McKinney TD , Molitoris BA , Palmer BF . Managing conflict of interest: the road ahead . *J Am Soc Nephrol* 2009; 20(9): 1860-1862
  29. Kmietowicz Z . WMA sets rules on how doctors handle industry sponsorship . *BMJ* 2004 Oct 16 ; 329(7471): 876
  30. Pinto SL , Lipowski E , Segal R , Kimberlin C , Algina J . Physicians' intent to comply with the American Medical Association's guidelines on gifts from the pharmaceutical industry . *J Med Ethics* 2007; 33 : 313-319
  31. British medical association ethics department . Medical ethics today: The BMA's handbook of ethics and law. 2nd ed. UK , BMJ publishing group 2004: 472-468 , 598-599
  32. Messis C . Practice guideline conflict of interest in the relationship between European neurologist and pharmaceutical industry. *UEMS* 2008/39. Available at : [http:// admin.uems.net/uploadedfiles/1204.pdf](http://admin.uems.net/uploadedfiles/1204.pdf). access in 5 Oct 2010
  33. Gibbons RV , Landry FJ , Blouch DL et al . A comparison of physicians' and patients' attitudes toward pharmaceutical industry gifts . *J Gen Intern Med* 1998 March; 13(3): 151-154
  34. Charatan F . Drug company payments to doctors still hard to access despite disclosure laws. *BMJ* 2007 March 31; 334 (7595): 655
  35. Ross JS, Lackner JE, Lurie P et al. Pharmaceutical company payments to physicians: Early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *JAMA* 2007; 297(11): 1216- 1223
  36. Gunning TG , Coleman TS. Harmonizing legal and ethical standards for interaction between health care providers and industry. *Fertility and Sterility* 2005 Oct ; 84(4): 861-866
  37. Chimonas S , Rothman DJ . New federal guideline for physician- pharmaceutical industry relations: the politics of policy formation . *Health Affairs* 2005 ; 24(4): 949- 960
  38. Parsa M, Larijani B. A review of fee splitting from aspects of concepts, history and ethical codes. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine, Supplement Winter 2010*: 21-28
  39. Andereck WS. Fee splitting: A brief history. *The Healthcare Forum Journal* . 1994. Vol. 37, Iss. 5, pg. 34, 1 pgs
  40. Post S G. *Encyclopedia of Bioethics* , 3rd ed. 2004 by Macmillan reference USA, P 2657-700
  41. LUM M. Hospital Charges and fee splitting. May 18, 2008 <http://thestar.com.my/health/story.asp?file=/2008/5/18/health/21269252&sec=health>
  42. Cohen L . Issue of fraud raised as MD self-referral comes under spotlight in Ontario . *CMAJ* 1996 June 1; 154(11): 1744- 1746
  43. Josefson D. US doctors face curbs on referrals. *BMJ* 2001 Jan 13; 322(7278): 72
  44. Baer N. Fraud worries insurance companies but should concern physicians too, industry says. *CMAJ* 1997 Jan 15; 156(2): 251-256
  45. Umbdenstock R, Khan C . Banning physician self-referral is an important step toward health reform. *AHA News* 2009 Jul 20; 45 : 5